

ISTITUTO FIGLIE S. CAMILLO



**RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**  
**da spedire a ricoveri.bs@figliesancamillo.it**

**Da compilare per maggiorenni non soggetti a tutela**

Il/La sottoscritto/a..... nato/a a ..... il ..... residente a  
..... Via ..... n.....

Documento di riconoscimento n. ....: rilasciato da .....

Codice Fiscale ..... Telefono:.....

**Da compilare per conto di assistiti minorenni/interdetti/altro**

Il/La sottoscritto/a..... nato/a a ..... il ..... residente a  
..... Via ..... n..... Telefono .....

Documento di riconoscimento n. ....: rilasciato da .....

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 "Norme penali"  
dello stesso D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ'**

di essere il titolare del dato  di essere genitore esercitante la potestà  di essere tutore  di avere l'affidamento  
 di essere il Medico Curante  di essere l'erede legittimo specificare grado di parentela .....

di.....nato/a il ..... a .....

Codice Fiscale .....

**CHIEDE IL RILASCIO DI**

Copia della cartella clinica relativi al ricovero presso il reparto di .....

Dal ..... al .....

Copia della cartella ambulatoriale BIC/MAC relativi all'accesso presso il reparto di .....

Dal ..... al .....

Referto ambulatoriale prestazione di ..... effettuato il .....

Referto radiologico prestazione di ..... effettuato il .....

Referto di laboratorio analisi prelievo effettuato il .....

Altro .....

Letto, confermato e sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritieri e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e dichiarando altresì di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003 e successive modificazioni ed integrazioni, che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della presente richiesta

(data) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

*Firma leggibile*

ISTITUTO FIGLIE S. CAMILLO



**RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**  
**da spedire a ricoveri.bs@figliesancamillo.it**

- Chiede di inviare la documentazione per raccomandata al seguente indirizzo
- .....

data) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

*Firma leggibile*

- DELEGA** al ritiro Il/la signore/a ..... (delegato)

Documento di riconoscimento n. ..... rilasciato da .....

(il delegato deve esibire documento di identità valido e copia controfirmata del documento d'identità del delegante.)

Data, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

*Firma leggibile DELEGANTE*

*Firma leggibile Delegato*

**E' obbligatorio allegare copia di carta d'identità del richiedente.**

Per il ritiro della documentazione **è obbligatorio** presentare al momento del ritiro il documento di identità. In caso di delega deve essere presentata copia del documento di identità del delegante e del delegato.

**COSTO E MODALITA' DI PAGAMENTO**

Costo copia cartella clinica (ordinario BIC/MAC) euro 25,00

Costo copia cartella clinica (ordinario BIC/MAC) spedita per raccomandata A.R. euro 36,60

Copia Referto ambulatoriale, Radiologia e di Laboratorio analisi euro 10,00

Costo Referto ambulatoriale, Radiologia e di Laboratorio analisi spedita per raccomandata A.R. euro 18,30

Il costo può essere pagato presso il CUP o facendo un bonifico bancario sul C/C intestata alla Casa di Cura figlie di San Camillo IBAN IT 87 O 05696 11204 000002719X85 presso la Banca Popolare di Sondrio ed inviando copia del bonifico al seguente indirizzo mail ricoveri.bs@figliesancamillo.it unitamente a copia della presente richiesta.

**Spazio riservato alla direzione sanitaria**

Autorizzo al rilascio  SI

NO

data) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

*Firma direttore Sanitario*

ISTITUTO FIGLIE S. CAMILLO



**RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**  
**da spedire a ricoveri.bs@figliesancamillo.it**

**Spazio riservato all'ufficio per consegna di:**

CATELLA CLINICA N. .....  COPIA REFERTO AMBULATORIALE  ALTRO

data) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

*Firma leggibile per il ritiro*

Inviato per posta in data \_\_\_\_\_ numero raccomandata AR

*Firma operatore*